

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 1299

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jacques BRISSÉ

né le 11 octobre 1912 à Compiègne (Oise)

**Aperçu sur le traitement
de la dysménorrhée
par la résection du nerf présacré**

Président : Mr. MONDOR, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, Boulevard Saint-Germain, 91

1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jacques BRISSÉ

né le 11 octobre 1912 à Compiègne (Oise)

**Aperçu sur le traitement
de la dysménorrhée
par la résection du nerf présacré**

Président : Mr. MONDOR, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, Boulevard Saint-Germain, 91

1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL- LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	OUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthodépie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale
 COSTE Pathologie médicale
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES .. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.) . Pathologie médicale
 LAVIER Parasitologie
 LELONG Pathologie médicale
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale
 MOREAU Pathologie médicale
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIEDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU - LEMAIRE... Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-
VALLERY-RADOT
SEZARY.

Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
MOURE.
QUENU.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
CALLE.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de mon affectueuse reconnaissance.

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR
Professeur de Pathologie Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur de présider cette thèse, hom-
mage de notre profonde recon-
naissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Aperçu sur le traitement de la dysménorrhée par la résection du nerf présacrée

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales et particulièrement dans les services de gynécologie, nous avons été frappés par certains troubles dysménorrhéiques présentes par un assez grand nombre de femmes. L'examen gynécologique ne révélait aucune cause perceptible pouvant déceler la cause de ces troubles, tandis que les moyens thérapeutiques habituels n'avaient que peu ou pas d'effets sur les symptômes douloureux. Ayant observé les résultats favorables obtenus par l'opération de Cotte, il nous a semblé intéressant d'en faire le sujet de notre thèse.

La dysménorrhée a déjà suscité de nombreux travaux tant au point de vue étiologique que de son traitement. Celui-ci comporte de très nombreux procédés médicaux et chirurgicaux, dont la multiplicité même démontre avec évidence qu'aucun mode thérapeutique ne s'est montré absolument satisfaisant. La variabilité des résultats tient en partie au fait que les facteurs étiologiques de la dysménorrhée ne sont pas toujours les mêmes et que d'autre

part les indications thérapeutiques n'ont pas été souvent correctement suivies et appliquées. De tous les procédés actuellement employés, nous nous sommes limités à un procédé chirurgical, ayant a son actif de nombreux succès, qui vit le jour en France en 1924, c'est le *procédé de Cotte*. Sa valeur, d'autre part, est démontrée par un recul qui permet de juger ses résultats.

Dans ce modeste travail, qui se borne à donner un aperçu sur la « Résection du Nerf présacre dans la dysménorrhée » nous n'avons pu nous documenter aussi complètement que cette question l'exigeait et que nous l'aurions désiré. L'état actuel créé par la guerre a rendu particulièrement difficiles, nos recherches documentaires, qui présentent des lacunes, ayant été obligé de nous restreindre à la lecture des travaux de ces dernières années qui nous ont été accessibles.

Dans cette étude, nous énumérons dans un premier chapitre les facteurs étiologiques de manière à justifier le procédé de Cotte dans un deuxième chapitre. Des conclusions et une courte bibliographie récentes terminent cette thèse. On pourra se rapporter pour la bibliographie complète aux travaux de Cannaday, de Black (1936) et de Cotte (1936 et 1932).

RAPPEL SUR L'ETIOLOGIE DE LA DYSMENORRHEE

Par le terme de dysménorrhée on désigne les règles difficiles et douloureuses. Ce terme est des plus imprécis, car la douleur au moment des règles est un symptôme banal et pouvant se manifester au cours de divers syndrômes gynécologiques et même intestinaux. Aussi, pour plus de précision certains auteurs ont-ils l'habitude de classer les dysménorrhées en *symptomatiques* et en *essentiels* tandis que d'autres les classent en dysménorrhées *primaires* et en dysménorrhées *secondaires*.

Les dysménorrhées du premier groupe reposent souvent sur une base anatomique macroscopiquement évidente, telle qu'une malformation et exigeant déjà une intervention chirurgicale.

Dans le second groupe, celui des dysménorrhées secondaires, on peut se trouver parfois en présence de femmes à un moment donné sont devenues douloureuses. C'est à ces dysménorrhées que Spreng attribue les formes dites « essentielles », qu'on ne peut expliquer que par

un trouble primaire du système neuro-végétatif de l'appareil génital (Cotte).

Suivant leur origine on peut classer les dysménorrhées en *utérines* et en *ovariennes*.

La dysménorrhée à point de départ utérin peut-être causée soit par une *distension*, soit par une *contraction* utérine. Son interprétation a donné lieu à de nombreuses théories dont les principales sont la théorie *mécanique* (obstacle, tumeurs, inflammations, sténoses, etc.), la théorie *hormonale* (déséquilibre hormonal), la théorie *nerveuse* (système végétatif pelvien, spasme cervical).

Nous reprendrons la discussion de cette dernière théorie à propos de la physiologie du nerf présacré.

Cliniquement la dysménorrhée *utérine* se présente, en général, sous forme de crampes au moment des règles, parfois quelques jours au début de l'hémorragie.

La dysménorrhée *ovarienne* ne présente pas, à l'inverse de l'utérine, en général, des douleurs aussi intenses; elle survient au moment de l'ovulation avec des douleurs dites inter-menstruelles. Là, également, en excluant les causes d'ordre mécanique, on doit admettre dans ces cas une irritation des fibres nerveuses allant à l'ovaire.

Ces deux variétés de dysménorrhées peuvent souvent s'associer, rendant particulièrement difficile leur distinction. Cependant cette distinction est particulièrement importante à faire, car l'innervation de l'ovaire et de l'utérus est différente. Ainsi, comprend-on qu'un traitement

tel que la résection du nerf présacre, ayant sous sa dépendance l'utérus, ne puisse agir sur l'ovaire, innervé par un autre plexus nerveux.

A ces deux facteurs, utérin et ovarien, il faut ajouter aussi le facteur *neuro-végétatif*, dont le trouble peut donner lieu à un état de *dystonie vago-sympathique*, auquel on doit les divers symptômes souvent associés à la dysménorrhée : nausées, vomissements, tendance syncopale, migraines, éruptions cutanées, sensations de fatigue, asthénie, défaillance, anxiété, etc.

Le facteur *psychique* joue également un rôle énorme dans les troubles dysménorrhéiques, si bien que certains auteurs dans les cas de dysménorrhées essentielles, veulent voir là un syndrome d'origine purement psychique.

En dehors des dysménorrhées proprement dites, on peut mentionner les « plexalgie hypogastriques » relevant du même facteur étiologique, survenant par crises ou persistant d'une manière plus ou moins constante dans la région de la sphère génitale et qui est justiciable du traitement préconisé par Cotte. Dans ces cas, les douleurs sont très souvent renforcées avant les règles ou associées à celles des dysménorrhées vraies. On note des mictions très douloureuses, sans qu'il y ait cystite, des défécations douloureuses; leucorrhée, rapports sexuels très pénibles ou mêmes impossibles. Au toucher on ne trouve aucune cause évidente. Ces troubles fonctionnels résistent au traitement habituel.

Dans ce travail, nous n'envisagerons que le traitement des dysménorrhées d'origine utérine, qui seules dépendent de la résection du nerf présacre, sujet de notre thèse.

TRAITEMENT DE LA DYSMENORRHEE PAR LA RESECTION DU NERF PRESACRE HISTORIQUE

Déjà en 1898, écrit Cannaday, Jaboulay avait pratiqué une résection du sympathique sacré, par la voie périnéale pour des douleurs pelviennes put ainsi, les soulager temporairement. Peu après, Garrampazzi utilisa la technique de Jaboulay avec des résultats à peu près similaires. Cependant les difficultés techniques de ce procédé étaient si grandes, qu'il tomba dans l'oubli. Un an après, indépendamment de Jaboulay, Ruggi opéra sur le système sympathique pelvien, par la voie péritonéale, en sectionnant le plexus utéro-ovarien. Cette même opération fut ensuite pratiquée par Cavazzani, Toshini et Parlavecchio. D'autre part Jonnesco réséqua les ganglions de la chaîne sacrée dans le but de supprimer la douleur.

En 1913, Latarjet et Rochet proposèrent la section des rameaux sympathiques de la vessie et de l'uretère en cas de cystite chronique.

En 1920, Badulesco et Gomoiu tentèrent d'abolir la

douleur dans les cas de cancer de l'utérus par section des fibres du sympathique. Avec succès, en 1921, Leriche pratiqua une sympathectomie péri-artérielle des artères iliaques, dans les cas de dysménorrhées et les troubles trophiques des organes génitaux externes.

En 1922, Hallopeau publia un cas de douleurs névralgiques pelviennes graves, qu'il traite également avec succès, en reséquant les nerfs hypogastriques et en pratiquant une sympathectomie péri-artérielle.

Cotte, entre 1921 et 1924, fit un certain nombre de sympathectomies péro-artérielles et développa l'idée d'une résection du nerf hypogastrique, comme l'ont fait Latarjet et Rochet, ou du plexus hypogastrique supérieur, comme l'a suggéré Hovelacque. Cet auteur arriva à la conclusion que la sympathectomie est plus efficace et plus facile à pratiquer que la dénervation péri-artérielle. Suivant le même principe, Diez en 1924 reséqua la chaîne sympathique des deux côtes; vers la même époque, Bittmann reséqua des segments de la chaîne du sympathique lombo-sacrée avec les ganglions mésentériques inférieurs tandis que Gaza, puis Piéri sectionnèrent les rami-communicantes. Lhermite et Dupont commencèrent à dénervier les ovaires avec l'idée de soulager la douleur pelvienne.

L'année 1924, marque une date dans l'histoire de la chirurgie de la dysménorrhée; Cotte présente une névrectomie standardisée du nerf présacre; il publie la des-

cription de la technique opératoire. L'année suivante il publie les résultats et les indications précises de son procédé. Depuis, cette opération est adoptée et s'étend à la plupart des pays de l'Europe, pour passer ensuite à l'Amérique du Sud et aux Etats-Unis, ou elle fait l'objet de nombreuses publications.

RAPPEL ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE

DU NERF PRESACRE

Le plexus hypogastrique supérieur de Hovelacque ou nerf présacre de Latarjet et Bonnet, fait suite au plexus mésentérique inférieur. Il commence à la hauteur de la partie supérieure de la quatrième vertèbre lombaire et se termine, en général, au niveau de la première vertèbre sacrée, en se divisant en deux plexus terminaux, les plexus hypogastriques inférieurs. D'une manière générale, on peut dire que le nerf présacre se présente au niveau de la bifurcation de l'artère iliaque primitive. Il fournit des branches à tous les viscères pelviens (uretère, vessie, utérus, vagin, rectum). Ainsi, il assure l'innervation de presque tous les organes du petit bassin et de la plus grande partie du périnée. Il s'ensuit que seules les douleurs ou les syndrômes à topographie pelvienne ou périnéale relèvent de la résection du nerf présacre. Contre les douleurs ovariennes (qui dérivent d'un autre plexus nerveux), elle est sans effet, sauf dans les cas d'adhérences de l'ovaire au péritoine pelvien avec des signes de plexagie hypogastrique (Cotte).

Le nerf présacre provoque une vaso-constriction des vaisseaux et abaisse la sécrétion; il est antagoniste des parasympathiques, qui sont des dilatateurs (Learmouth). Sa section produit un relachement musculaire. Cependant Rein et Calliburce indiquent que la section de tous les nerfs extrinsèques de l'utérus ne s'oppose pas aux contractions utérines. Cotte rapporte 30 cas, de Wetherell un cas, ou une sympathectomie présacrée n'affecta pas les contractions utérines au cours de l'accouchement.

Pour Livingston et Kuntz, Leriche et Cotte, Fontaine et Herrmann et d'autres chirurgiens, le plexus hypogastrique transmettrait les impulsions sensitives des organes génitaux internes aux centres médullaires; pour eux, contrairement à certains physiologistes, il y aurait dans ce plexus des fibres centripètes.

A quoi doit-on attribuer les résultats heureux de la sympathectomie présacrée? A vrai dire, on ne sait encore rien de précis sur la physiologie du nerf présacré (Cotte).

Ces résultats sont-ils dûs à la suppression de l'interruption des réflexes sensitivo-moteurs anormaux ou à une modification du système circulatoire du petit bassin. Les deux théories peuvent se soutenir.

Pour Adson, la dysménorrhée serait produite par des impulsions anormales des centres neuro-autonomes supérieurs mésocéphaliques en liaison avec un trouble hypophysaire; dans ce cas la résection du nerf présacre serait efficace en supprimant les liaisons nerveuses des organes

génétaux avec les centres nerveux supérieurs.

Cliniquement, la résection du nerf présacre tendrait à régulariser le flux menstruel, suivant Rozemon et Lambret; elle favoriserait la résorption des adhérences pelviennes et tendrait à faire disparaître les paramétrites et les lésions inflammatoires du cul-de-sac de Douglas.

TECHNIQUE DE LA RÉSECTION DU NERF PRÉSACRE

Cette pratique toujours l'opération sous rachianesthésie; incision de Pfannenstiel de la paroi abdominale, appendicectomie systématique dans chaque cas. La résection du nerf présacré est pratiquée sur la cinquième vertèbre lombaire, directement au-dessus du promontoire, qui sert de premier point de repère. Au-dessus de lui et en dehors, les deux artères iliaques primitives, toujours saillantes sous le péritoine, dessinent un triangle dont le sommet correspond à la bifurcation de l'aorte; elles constituent un deuxième point de repère. Dans l'aire ainsi délimitée on aperçoit, à gauche de la ligne médiane, les vaisseaux mésentériques inférieurs qui cheminent à la base du mésocolon pelvien. C'est le troisième point de repère. C'est en dedans de cette formation vasculaire, c'est-à-dire sur la ligne médiane, qu'il faut inciser le péritoine postérieur. Il peut arriver quelquefois que la racine primitive du mésocolon pelvien atteigne la ligne médiane et gêne un peu l'accès du sympathique pelvien. Mais il suffit dans ce cas de faire recliner très fortement le colon sigmoïde vers la gauche, et, au besoin, d'inciser le péri-

toine pariétal postérieur, non pas sur la ligne médiane, mais à droite de celle-ci. Pour ne pas aller s'égarer vers les vaisseaux hypogastriques et l'uretère, il suffit de décoller un peu la lèvre gauche de l'incision péritonéale, de façon à rattraper la ligne médiane. Le nerf présacre chemine sur le corps de la cinquième lombaire. On voit, au-devant de la colonne vertébrale, une nappe cellulo-fibreuse qui masque le corps vertébral sous-jacent. C'est dans cette lame que chemine le sympathique pelvien, (d'après Chome).

Cotte insiste sur l'importance de réséquer en masse la lame fibreuse dans laquelle se trouvent les éléments du plexus hypogastrique supérieur pour obtenir un résultat positif. Cette lame fibreuse double le péritoine et s'étale dans l'espace intériliaque. Elle est avasculaire. Le fragment réséqué sur une étendue de deux à quatre centimètres, doit contenir un véritable plexus avec de petits ganglions; la résection est alors complète et totale. Cotte se sert d'une aiguille de Deschamps pour charger la lame porte-nerfs qu'il soulève; celle-ci se présente sous l'aspect d'un cordon aplati qui se bifurque au-dessous du promontoire en ses deux nerfs hypogastriques droit et gauche; il libère en haut et en bas, puis resèque, en s'assurant qu'il a pris le nerf dans sa totalité. Après une dissection correcte, une ligature des moignons n'est pas nécessaire. Cette ligature peut avoir l'inconvénient de créer ultérieurement un neurinome cicatriciel donnant lieu à

une récidive. Les hémorragies peuvent être arrêtées par simple compression brève. On fait la suture du péritoine pariétal, et la fermeture de la cavité abdominale plan par plan.

Souvent, il est arrivé que la résection fut incomplète; le fragment réséqué ne montre que quelques filets menus. Avant de déclarer que l'opération n'a donné aucun résultat, il faut s'assurer que celle-ci a été correcte, c'est-à-dire complète. C'est ainsi que Cotte lui-même a réopéré trois malades opérées par d'autres chirurgiens et nullement soulagées; chez deux d'entre elles, le nerf présacre était absolument intact, tandis que chez la troisième la section était incomplète.

INDICATIONS DE LA RÉSECTION DU NERF PRÉSACRE.

C'est en envisageant les échecs fréquents de la dilatation du col et du curettage, comme mode de traitement des dysménorrhées rebelles que Cotte a tenté de pratiquer d'abord la sympathectomie péri-artérielle puis la résection du nerf présacre. Pour Cotte une dysménorrhée grave, opiniâtre qui requiert une intervention chirurgicale est presque toujours d'origine secondaire. Le nombre de femmes qui en bénéficie reste cependant très limité. Pour lui, après une expérience de plus de douze ans, la résection du nerf présacre doit être pratiquée dans tout *syndrome associé à un trouble anatomique ou fonctionnel du plexus hypogastrique*.

Il s'ensuit que le procédé de Cotte se trouve indiqué dans les *dysménorrhées dites essentielles*, avec des dou-

leurs contemporaines des règles ou seul le sympathique pelvien se trouve en cause.

Son application est également justifiée dans la *dysménorrhée membraneuse*, caractérisée par des douleurs violentes associées à l'expulsion des débris de muqueuse épaissie (déciduale menstruelle).

En résumé on opérera dans le cas de grandes dysménorrhées non soulagées par l'opium ou la pelladone, nécessitant le repos au lit et s'accompagnant de troubles sympathiques à distance et rendant souvent pénibles ou impossibles les rapports sexuels. La plupart des auteurs ont utilisé ce procédé après échec des traitements habituels, y compris la dilatation du col.

RÉSULTATS DE LA RÉSECTION DU NERF PRÉSACRE.

Il est souvent difficile d'interpréter la valeur d'une intervention dans la cure de la dysménorrhée, car fréquemment il a été pratiqué en même temps que la névrectomie un ou plusieurs actes chirurgicaux effectués au cours de la même opération et nécessités par l'état pathologique présent. C'est ainsi que Masson et Shoemaker relèvent sur quinze cas traités par la résection du nerf présacre :

7 cas associés à d'autres procédés chirurgicaux, à savoir :

3 cas de résection de l'endométriiose;

3 cas d'hystéropexie;

1 cas de myomectomie.

Ils notent 5 guérisons complètes de la dysménorrhée;

dans un cas, on observe la disparition temporaire puis une récurrence, soulagée par l'aspirine. Dans quatre cas d'amélioration considérable une malade estimait son amélioration à 75 %. Par contre 4 malades n'ont éprouvé aucun soulagement. Ces derniers cas, indiquent la nécessité d'une sélection prudente des malades pour cette opération.

Il semble d'ailleurs y avoir une grande discordance entre les résultats des divers chirurgiens : Davis déclare n'avoir obtenu que seulement 50 % de guérisons, Cannon n'a subi aucun échec sur ses dix cas, Novak sur 10 cas eut un échec; il est vrai que le fragment excisé ne contenait aucun filament nerveux. De même, Meigs sur 15 cas opérés a obtenu 12 résultats parfaits et 3 échecs; mais cet auteur reconnaît lui-même qu'il était très possible que pour ces derniers, la résection n'ait pas été complète. Par contre sur 300 cas de dysménorrhée dite essentielle opérée par Cotte au cours d'une période de douze ans, cet auteur ne relève que deux cas qui n'aient pas été soulagés par la résection du nerf présacré : un cas de névrome cicatriciel et un cas de prurit vulvaire, avec dysménorrhée. En outre, on note, trois ou quatre malades qui ont continué à souffrir, mais seulement de une à deux heures au lieu de 24 ou 48 heures auparavant. Spreng, comme Cotte explique ces cas de récurrences comme étant déjà dus à la formation d'un neurinome à l'endroit de la résection; mais il n'a pu se résoudre à suivre le conseil de Cotte, de ne pas faire de ligature pour éviter cette com-

plication possible, car à plusieurs reprises il a observé des hémorragies. Spreng admet également qu'une résection insuffisante du nerf puisse être causé de l'échec. Toutefois, comme Aubert il pense qu'une résection même partielle de l'hypogastrique supérieur suffit à abaisser la sensibilité du petit bassin.

CONSÉQUENCES DE LA RÉSECTION DU NERF PRÉSACRÉ.

En dehors de la dysménorrhée, quelles peuvent être la conséquence de la sympathectomie sur la fonction des organes génitaux?

Les règles, d'après les cas observés par Streng, ont été heureusement influencées.

La grossesse et l'accouchement, à la suite de l'opération, évoluent absolument normalement. Cotte rapporte qu'à la suite de l'opération de nombreuses jeunes filles ont pu se marier et devenir mères; plus de 50 femmes de sa statistique ont eu des grossesses et des accouchements normaux. D'ailleurs, déjà expérimentalement, Bacq et ses collaborateurs ont démontré sur des rates, des cobayes et des lapines, qu'après sympathectomie complète, l'ovulation, la grossesse, l'accouchement et la lactation évoluaient normalement, sans trouble.

Aucune action défavorable sur les fonctions vésicale et rectale. A plusieurs reprises on a noté, une incontinence ou une rétention urinaire passagère de courte durée, après l'opération.

CONTRE-INDICATIONS.

Celles-ci comprennent les dysménorrhées causées par des malformations ou des adénomyomatoses des cornes, l'endométriose des ovaires, des trompes ou de la cloison recto-vaginale ou de toute autre lésion des organes génitaux.

La résection du nerf présacré est sans valeur pour les dysménorrhées d'origine ovarienne ou inter-menstruelle, associées à l'ovulation (douleurs, débutant huit, dix, douze jours avant les règles et soulagées à la disparition de l'écoulement menstruel). Ce type d'aménorrhée, en général n'est pas influencé par la résection du plexus hypogastrique, l'ovaire étant innervé par un autre plexus.

Les échecs sont souvent dûs à l'inobservation de ces contre-indications.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les multiples traitements de la dysménorrhée, la résection du nerf présacre ou procédé de Cotte, mérite une mention spéciale.

II. — Le nerf présacré assure l'innervation de presque tous les organes du petit bassin et celle de la plus grande partie du périnée. Aussi, seules les douleurs ou syndrômes à topographie pelvienne ou périnéale relèvent-ils de la résection du nerf présacré.

III. — Les indications du procédé de Cotte sont réservées aux cas de dysménorrhée, où le sympathique pelvien seul est en cause et où le traitement médical a échoué. Seules les douleurs contemporaines des règles (dysménorrhées utérines) sont supprimées par l'opération.

IV. — La résection du nerf présacré est contre-indiquée dans les cas de dysménorrhées causées par une lésion organique (malformations, tumeurs, rétrécissements), et dans les cas de dysménorrhées d'origine ovarienne, caractérisés par des douleurs intermenstruelles.

V. — Les échecs de l'opération sont attribuables en grande partie, soit à des indications incorrectes, soit à

une résection incomplète du nerf présacre.

VI. — Praticqué suivant des indications précises, le procédé de Cotte donne lieu, dans la grande majorité des cas, à la guérison de la dysménorrhée et ne provoque aucun trouble fonctionnel de la sphère génitale.

BIBLIOGRAPHIE

- ADSON et MASSON. — Disménorrhée guérie par la résection du nerf présacre. (*Journal. Am. Méd. Ass.* 1934, t. 102, p. 986).
- BLACK (W.-T.). — Sympathectomie présacrée pour la dysménorrhée et la douleur pelvienne. (*Annals of Surg.* Juin 1936, n° 6, pp. 903-914).
- CANNADAY (J.-E.). — Résection du nerf présacre pour supprimer la douleur pelvienne et la dysménorrhée. (*Annals of Surg* Juin 1936, n° 6 pp. 886-903).
- CANNON (D.-J.). — Disménorrhée : les théories les plus anciennes et le traitement le plus récent. (*Jour. Obst. a. Gyn. Brit. Emp.* Février 1937, t. 44. n° 1, pp. 13-30).
- CHOME (Ed.). — La dysménorrhée. (*Encycl. Med. Chir.* «Gynecologie », 1939, février 161-162).
- CÔTTE (G.). — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. Paris, Masson, 1932.
- Chirurgie du sympathique pelvien en gynécologie. Paris, Masson, 1932.
 - La chirurgie du sympathique pelvien en gynécologie. (*Jour. Intern. Chirur.* Mars-avril 1936, t. 1, n° 2, 169-200).
 - Résection du nerf présacre dans le traitement de la dysménorrhée opiniâtre. (*Amer. Jour. Obst. a. Gynec.* Juin 1936, t. 33, n° 6, 1034-1040).
 - Résection du nerf présacre pour dysménorrhée rebelle datant de 24 ans. (*Lyon chirurg.* Novembre-décembre 1938, t. 35, n° 6, pp. 712-713).
- DAVIS (A.). — Anatomie et physiologie du nerf présacre. (*Brit Méd. Jour.* 1934, t. II, p.1).

- MASSON (J.-C.) et SHOEMAKER (R.). — Traitement chirurgical de la dysménorrhée. (*Amer. Jour. Obst. a. Gyn.* Septembre 1938, t. 36, n° 3, pp. 441-445).
- SPRENG (A.). — Le traitement des dysménorrhées opiniâtres au moyen de la résection du nerf hypogastrique. (*Schweiz. Med. Woch.* 18 septembre 1937, t. 67, n° 38, pp. 897-900).
- TASSOVATZ (S.). — De la résection du nerf présacre dans le traitement de la dyménorrhée. (*Bull. Soc. d'Obst.* 1934, t. XXIII, n° 1, pp. 91-94).
-

